40

CONCOURS D'AGRÉGATION. — CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS.

TITRES

ET

PUBLICATIONS

DU

Docteur J. TELLIER

(DE LYON)

CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892







I. — TITRES

Externe des hôpitaux (de Lyon).

Interne des hôpitaux (concours 1886)

Aide de médecine opératoire à la Faculté

(années 1889 et 1890)

Lauréat de l'Internat

(Concours pour le prix Bouchet, Chirurgie (1890)

Moniteur de clinique à la Faculté (1890-91)

Chef de clinique à la Faculté

(Concours 1891)

II. — PUBLICATIONS

Anévrysmes de l'aorte abdominale ; leur ouverture dans la plèvre — avec M. le Dr Bard. — *Lyon médical*, 27 mars 1887, tome LIV.

L'ouverture des anévrysmes de l'aorte abdominale dans la plèvre est un fait assez rare ; nous n'avons pu en relever que six observations antérieures aux deux faits qui font l'objet de ce mémoire, et les traités classiques n'en signalent ni la possibilité, ni l'existence.

Le mécanisme par lequel l'épanchement sanguin est poussé dans la plèvre après rupture de l'anévrysme abdominal n'est signalé dans aucune observation ; — il ressort nettement dans les deux cas que nous avons observés.

Le chemin parcouru par le sang est dans une large mesure commandé par par les dispositions anatomiques de la région et la continuité du tissu cellulaire sus et sous-diaphragmatique de la région prévertébrale ; les mouvements incessants du diaphragme pendant la vie modifient sans cesse la pression sur la partie supérieure de la poche anévrysmale et en préparent la rupture en son point culminant ; l'épanchement tend alors à remonter à traverser le diaphragme au niveau de ses insertions postérieures même intactes, et à faire irruption dans la plèvre.

Du rétablissement de la mobilité du cœur dans la symphise totale du péricarde.

Avec M. le Dr Bard. *Revue de médecine*. Année 1887.

La symphise du péricarde est incomplète, ou totale ; elle est dans ce dernier cas parfois tellement complète qu'on doit se demander comment le cœur peut alors suppléer à l'absence du glissement péricardique normal, et comment il peut conserver la possibilité des déplacements qui sont nécessaires à son fonctionnement.

Ce glissement peut être assuré de plusieurs façons : dans la symphise totale à adhérences molles, les mouvements sont suffisamment conservés sans suppléance pathologique d'aucune nature. Dans un cas

d'adhérences compactes et solides des deux feuilles de la séreuse que nous avons observé, la persistance des mouvements était assurée par l'existence d'une couche épaisse de tissu conjonctif lâche, infiltré de graisse, située sous chacun des deux feuilles du péricarde au niveau des ventricules seulement, c'est-à-dire dans la région normalement la plus mobile du cœur.

Dépression cicatricielle en forme d'amphore de la fossette sus-sternale consécutive à un adéno-phlegmon d'origine tuberculeuse avec M. Léon Dolard (*in Progrès Médical*, 2e série, tome IX, 1889, avec deux photographies. *Lyon Médical*, 1888).

Nous avons rapporté dans cette étude l'histoire d'une petite malade observée dans le service de notre regretté Maître, le professeur Léon Tripier, et atteinte d'une affection assez singulière, intéressante au point de vue du diagnostic pathogénique et de l'intervention chirurgicale. On découvrit, au-dessus de la fourchette sternale et exactement sur la ligne médiane, un orifice circulaire de 10 millimètres de diamètre environ conduisant dans un cul de sac profond de deux centimètres situé en arrière même du sternum.

Le diagnostic, fort discuté, fut assez longtemps hésitant ; on pouvait croire à l'existence d'une tumeur congénitale, d'origine dermoïdale, qui, après suppuration, aurait laissé à sa suite un trajet en cul de sac, ou à un adéno-phlegmon suppuré d'origine tuberculeuse, ayant amené la production d'une cicatrice dépressible. Cette dernière hypothèse fut acceptée en se fondant : 1º sur l'absence totale de symptômes, quels qu'ils soient, dans la région sus-sternale, avant le début de la suppuration ;

2º l'absence de prolongement du côté de l'appareil laryngo-trachéal ou du pharynx, prolongements dirigés ordinairement de *bas en haut ;* le trajet rétro-sternal étant au contraire dirigé de *haut en bas* :

3º l'absence de toute observation semblable, un cas de Bidder assez obscur excepté, dans les ouvrages spéciaux, et principalement le traité des kystes congénitaux de MM. Lannelongue et Achard ;

4º l'existence de la fistule à la base même du cou ; ces kystes branchiaux correspondant à la troisième fente branchiale sont médians, mais situés immédiatement au-dessous de l'os hyoïde, auquel ils sont toujours rattachés par un pédicule plus ou moins long.

Enfin, après l'intervention, l'examen microscopique parut confirmer

ce diagnostic en montrant qu'il ne s'agissait ni d'une fistule branchiale ni d'un kyste dermoïde suppuré, mais bien d'une inflammation ayant primitivement débuté dans les parties profondes du derme ou le tissu cellulaire sous-cutané et déterminé des modifications des téguments assez analogues à celles que l'on observe sur les cicatrices récentes,

Le trajet rétro-sternal fut disséqué avec soin, sans qu'on fût tombé sur des adhérences aux vaisseaux ou sur un prolongement quelconque partant du fond ; une suture étagée assura l'affrontement des parties profondes ; les résultats furent excellents.

Des suites éloignées des traumatismes du crâne et de leur traitement par la trépanation. Thèse inaugurale. Baillière et fils. Paris 1890.

La division des accidents consécutifs aux lésions crâniennes traumatiques en primitifs, secondaires et tardifs répond à une distinction clinique exacte et à des indications thérapeutiques particulières ; les opérations secondaires étant limitées aux interventions du premier mois, les opérations tardives concernent tous les accidents ultérieurs.

La trépanation pratiquée selon toutes les règles de l'antisepsie, est une opération aussi bénigne que la laparotomie exploratrice : il ne faut pas hésiter à y recourir, toutes les fois qu'elle paraît indiquée. En particulier, les suites éloignées des traumatismes du crâne paraissent dans la plupart des cas, une source d'indications nettes et précises de l'application du trépan.

Dans les suites éloignées des traumatismes du crâne, on peut successivement décrire.

1° les troubles moteurs
2° les troubles sensitifs
3° les troubles sensoriels
4° les troubles mentaux
5° les troubles qu'on a rattachés à l'hystéro-traumatisme.

L'apparition de troubles moteurs à la suite des lésions traumatiques de la boîte crânienne est signalée depuis longtemps ; l'étude des affections mentales dues aux mêmes causes est de date plus récente (Griesinger, Schläger, Kraft-Ebing, Lasègue, Christian).

Étiologie. — Les divers traumatismes du crâne (chute sur la tête, blessures par instruments piquants, contondants, etc., blessures par

contre-coup, traumatisme obstétrical, etc.), peuvent être suivis à plus ou moins longue échéance de l'apparition de lésions diverses :

lésions péricrâniennes, osseuses (esquilles, enfoncements, etc.

lésions hémorrhagiques,

lésions inflammatoires (encéphalite, abcès),

tumeurs (?).

I. *Troubles de la motilité.* — Ce sont surtout des accidents convulsifs et paralytiques. Leur existence est ordinairement liée à des lésions de l'écorce cérébrale dues à différentes causes dont la relation avec le traumatisme est plus ou moins évidente.

L'intervention chirurgicale est indiquée dans tous les cas, à moins de signes de dégénérescences secondaires (contractures permanentes) : elle doit chercher à découvrir et à faire disparaître l'agent causal de de l'irritation corticale.

Les lésions osseuses seront traitées de telle façon que la substance cérébrale ne soit plus en contact avec une lésion quelconque de la voûte.

Les anciens foyers hémorrhagiques, seront évacués antiseptiquement.

Les abcès seront traités de même ; s'ils sont situés profondément, les ponctions exploratrices peuvent être indiquées et pratiquées sans dangers.

Les cicatrices de la dure-mère doivent être incisées et même excisées ; quant aux cicatrices intéressant la substance cérébrale elle-même, il faut n'y toucher qu'avec prudence et quand elles ne sont pas trop étendues.

Pour appliquer le trépan, on se basera: 1o sur l'existence de cicatrices anciennes, en sachant toutefois qu'elles ne sont pas toujours en rapport avec les lésions intra-crâniennes (fait de Mac Ewen); 2o sur un diagnostic de localisation qui conduira le plus souvent sur les centres de la région rolandique. On se mettra toutefois en garde contre ce que la doctrine des localisations cérébrales peut avoir de trop précis. (Vulpian, Brown-Sequard).

La trépanation, seul traitement rationnel des accidents dus à une lésion corticale, est ordinairement suivie de guérison ou d'amélioration marquée.

II. *Troubles sensitifs ou sensoriels.* — Ils ne relèvent pas en général de l'intervention chirurgicale. Cependant la céphalalgie persistante et localisée pourrait être une indication du trépan.

III. — *Troubles mentaux.* — La plupart des auteurs sont aujour-

d'hui d'accord pour admettre une relation évidente entre les traumatismes anciens du crâne et tous les degrés de la folie.

Les accidents de cette catégorie sont, ou des troubles intellectuels (obnubilation, hébétude, perte de la mémoire, impulsions, etc), ou des troubles plus marqués et permanents. (Paralysie générale, épilepsie, démence confirmée, etc.)

En présence d'un ancien blessé du crâne, aliéné ou simplement obnubilé, *si dans son histoire on a éliminé* l'hérédité, les manifestations cérébrales dues à la syphilis, à l'impaludinne, aux fièvres éruptives, aux affections cardiaques et puerpérales, et enfin les causes morales, la question de l'application du trépan pour combattre les accidents qu'il présente peut et doit être discutée.

S'il existe des cicatrices externes pouvant faire croire à l'existence de lésions intra-crâniennes ; s'il y a des phénomènes de localisation cérébrale ; si le malade accuse un point douloureux persistant ; si, enfin, il est permis de croire à des accidents causés par de la congestion ou de la compression cérébrale, la trépanation doit-être pratiquée ; elle est souvent suivie d'amélioration plus ou moins durable, dans les cas où les accidents paraissent dus au seul traumatisme.

Dans l'épilepsie d'origine traumatique, les symptômes sont le plus souvent amendés ; dans les cas de démence confirmée, l'état du malade autorise jusqu'à un certain point toute tentative rationnelle de leur rendre la raison, quelques succès l'ont démontré (Cras) ; dans la paralysie générale, l'intervention est toujours contre-indiquée ; on pourrait toutefois intervenir chez un malade qui présenterait des phénomènes congestifs très-marqués du côté de l'encéphale. (La trépanation étant à la compression cérébrale ce que l'iridectomie est au glaucôme).

IV. — ***Hystéro-traumatisme.*** — L'intervention chirurgicale paraît devoir être rejetée jusqu'à nouvel ordre.

V. — *Au point de vue opératoire*, la préférence paraît devoir être donnée à l'intervention pratiquée avec la couronne du trépan, ordinaire ou modifiée (Farabeuf).

La dure-mère doit souvent être incisée, les cicatrices pathologiques excisées. En présence de substance cérébrale paraissant saine, l'excision (Horsley) doit être discutée avec prudence, et pratiquée seulement en cas d'indication absolue (?) ; en particulier, quand, toute autre lésion faisant défaut, l'excitation électrique fera connaître que le centre de la région du corps où se manifestent ces symptômes est bien dans la portion du cerveau mise à découvert. La réimplantation

des rondelles osseuses n'est pas nécessaire, et quelquefois absolument contre-indiquée. Les hernies cérébrales seront traitées par la compression, la résection, ou simplement le port d'une calotte protectrice.

Dans le IVe volume du nouveau *Traité de chirurgie*, paru quelque temps après cette étude, et sans en avoir eu connaissance, M. Gérard-Marchand est arrivé à des conclusions très analogues. Cependant, tout récemment encore, quelques réserves ont été émises au sujet de la trépanation dans l'épilepsie traumatique (notamment au dernier congrès des chirurgiens américains).

Fracture comminutive de l'épine iliaque antéro-supérieure chez un vieillard. Mort par syncope. Autopsie. Pas d'autres lésions.

(*Lyon médical.* 1889. *Comptes-rendus de la Société des sciences médicales*).

Observation intéressante par le mécanisme de la fracture (chute sur le ventre) et l'absence d'autres lésions osseuses sur le reste du bassin.

Anévrysme cirsoïde de la main. Troubles trophiques très marqués. Amputation. (*Lyon médical. Comptes-rendus de la Société des sciences médicales*, 1889).

La tumeur siégeait au niveau de la base du médius, empiétant légèrement sur la région métacarpienne. — Le squelette du doigt présentait des lésions trophiques qui ont été rarement décrites dans les anévrysmes cirsoïdes de la main.

Contribution à l'étude des traumatismes anciens des membres. Dangers de la méthode conservatrice.

(In Bulletins de la société anatomique de Paris LXVIIe année. 5e série, tome VI. fascicules 3 et 4, février et mars 1892, avec 2 figures.

Le point de départ de cette étude est un fait que j'ai observé dans le service de M. le professeur Poncet et qui est un bel exemple des troubles trophiques à longue échéance que l'on peut voir survenir du côté d'un membre à la suite d'un traumatisme ancien ayant lésé de gros troncs nerveux. Il s'agissait d'un pied bot équin très prononcé, progressivement constitué sous l'influence de contractions incurables, à la suite d'une fracture compliquée du tiers supérieur de la jambe ayant intéressé une grande partie de la peau et des parties molles.

L'existence d'une névrite chronique était démontrée par les troubles trophiques que présentait la peau du membre malade (*glossy-Skin*) ; les troubles de croissance du squelette, l'apparition de contractures ayant entraîné la production du pied-bot avec déformations osseuses articulaires très marquées.

Cependant la fonction était à peine compromise; le malade marchant sur la tête des métatarsiens, pouvait accomplir de longues marches, argument en faveur de l'opération [de Wladimiroff-Mickulicz.

Mais la légion traumatisée avait été pendant trente ans le siège de fistules intarissables ; l'une d'elles fut l'origine d'une dégénérescence cancroïdale qui nécessita le sacrifice du membre et permit ainsi de se rendre compte des lésions osseuses, dont voici la description *in extenso*:

Le tibia, l'astragale, le scaphoïde, le cunéiforme et le métatarsien forment une tige continue, presque rectiligne, toutefois légèrement convexe en avant. La portion antérieure de l'astragale a basculé en avant et en bas de telle façon que cet os est en contact avec le tibia, non plus directement par la portion supérieure de la facette articulaire normale, mais par la portion antérieure et postérieure. Le scaphoïde est en rapport non plus avec la face antérieure de l'astragale, mais avec sa portion antérieure et inférieure.

Le calcanéum a suivi l'astragale dans son mouvement de bascule, de telle sorte que sa portion postéro-supérieure est venue se mettre en contact avec une facette articulaire qui s'est développée anormalement sur la face postérieure du tibia, à sa partie moyenne; nous reviendrons plus loin sur ce point.

Les rapports respectifs de l'avant pied ne sont pas sensiblement modifiés. La flèche de la voûte plantaire est augmentée de longueur. En dehors, on constate que le péroné est en contact avec la face externe de l'astragale et le calcanéum lui-même est en rapport avec la portion interne et postérieure de la malléole externe.

Le squelette dénudé, voici les modifications que nous avons rencontrées sur chaque os en particulier.

Astragale. — La tête est sensiblement aussi volumineuse que le corps. L'os est allongé par le fait du redressement du col dont l'épaisseur est en même temps plus marquée qu'à l'état normal; il semble que la tête a basculé par rapport au corps autour de l'axe transversal qui passe par le col; par suite la gouttière du sinus du tarse est diminuée.

La facette articulaire tibio tarsienne est plus courte qu'à l'état normal de un centimètre dans le sens antéro-postérieur; la portion supé-

rieure et postérieure persiste seule; la portion déclive antérieure est dépourvue de cartilage. En même temps cette facette est plus rapprochée en arrière de celle qui s'articule avec la surface articulaire postérieure de calcanéum.

Calcanéum. — L'angle correspondant à la gouttière du sinus du tarse est plus ouvert, et occupé presque tout entier par la partie correspondante de l'astragale qui a exécuté un mouvement de rotation en dehors de telle façon que la pointe du pied a été déjetée assez notablement de ce côté. Le sinus du tarse et l'espace creux qui lui fait suite du côté externe sont donc diminués de volume.

La petite apophyse n'est plus en rapport avec la facette articulaire antérieure de la face inférieure de l'astragale, mais avec le bord supérieur de la face antérieure. Ce dernier os s'est en quelque sorte luxé en avant sur le calcanéum, dont le tiers antérieur a subi en même temps un mouvement d'ascension par suite duquel son grand axe est devenu presque perpendiculaire au grand axe de l'astragale.

Le surface articulaire postérieure est continuée en arrière sur la face supérieure du calcanéum par une petite facette triangulaire à base antérieure et sommet postérieur, de un centimètre environ de hauteur, qui n'existe pas à l'état normal, et qui correspond à une facette de même étendue située sur le tibia. On peut en effet constater sur cet os une apophyse, anormale elle aussi, développée à sa partie postérieure à peu près sur la ligne médiane. Elle a la forme d'une petite pyramide triangulaire ; une de ses faces regardant directement en bas, est recouverte de cartilage, et s'articule avec le calcanéum.

La face inférieure de ce dernier os est comme atrophiée ; elle est aplatie, présente peu d'éminences ou de rugosités, le tiers postérieur est notablement diminué de volume.

Le *scaphoïde*, le *cuboïde* les autres *os du tarse* ne sont pas modifiés.

On voit donc que les lésions profondes de cette déformation peuvent être caractérisées avec Hueter par ces deux faits, que les os s'hypertrophient aux points de moindre pression, et que les cartilages disparaissent là où cessent les contacts des surfaces pendant que se forment de nouvelles articulations.

L'étude de ce fait nous a conduit à des considérations pratiques intéressantes de thérapeutique chirurgicale. L'essai de conservation du membre a donné pour résultats, deux ans de séjour au lit, trente ans de difformité et de suppuration, l'apparition d'un cancer et la possibi-

lité d'une récidive après amputation. — En présence d'un traumatisme à grand fracas, il faut peser avec soin les arguments pour et contre la conservation à outrance, penser à l'évolution ultérieure de tissus plus ou moins compromis, et savoir parfois supprimer d'emblée la source de multiples accidents locaux et généraux.

Contribution à l'étude des fibrômes naso-pharyngiens chez la femme. Une observation chez une jeune fille de 15 ans avec examen microscopique.
(in *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.* mars 1892).

La rareté des fibrômes naso-pharyngiens vrais chez la femme, est telle que cette particularité suffit (Guyon) pour écarter a priori ce diagnostic chez des malades du sexe féminin porteurs de tumeurs dont les symptômes rappellent ceux qu'on observe chez les jeunes garçons atteints de cette affection. Le plus souvent en effet, en pareil cas, on est en présence d'une variété de tumeurs intermédiaires aux polypes muqueux et aux polypes fibreux sur laquelle M. le prof. Panas a attiré l'attention en 1873 : les fibro-myxômes.

On peut cependant réunir un certain nombre d'observation publiées sous l'étiquette de polypes fibreux naso-pharyngiens chez la femme (22 cas, Pluyette). La plupart de ces faits ne résiste pas à la critique, surtout à cause de l'absence d'un examen microscopique démontrant l'existence réelle du fibrôme ou du fibro-sarcôme : on sait en effet qu'on a signalé dans ces polypes, au milieu des trousseaux fibreux, l'existence d'éléments embryonnaires qui en font des fibrômes en voie d'évolution (Lannelongue).

Deux observations seulement peuvent être regardées comme probantes (Richard, Verneuil), mais dans les deux cas, l'allure clinique est toute différente de ce qu'on observe dans le sexe masculin ; il s'agit de femmes ayant dépassé cinquante ans, chez qui l'affection a évolué tout autrement que chez les jeunes garçons de 15 à 25 ans.

Chez une jeune fille de quinze ans que j'ai observée dans le service de M. Poncet, la physionomie clinique était au contraire conforme aux descriptions classiques du fibrôme naso-pharyngien vrai. Je n'en ai trouvé aucun autre fait paraissant bien authentique.

La tumeur implantée au niveau de la gouttière basilaire était constituée à la coupe par du tissu fibreux assez dense, à fibres parallèles

peu saillantes et perpendiculaires à la surface d'implantation, sans enroulement à la périphérie.

Au microscope, on constatait l'existence : 1° d'une couche superficielle constituée par du tissu conjonctif riche en cellules rondes, avec des vaisseaux en nombre assez considérable, et recouverte par un épithelium à plusieurs couches : 2° d'une couche plus profondément située, qui formait la plus grande partie de la tumeur, constituée par des faisceaux assez denses de tissu fibreux, présentant de nombreux vaisseaux à parois épaisses ainsi que des capillaires réduits à une couche endothéliale. *Pas de tissu muqueux en aucun point de la préparation.* En résumé tissu fibreux assez vasculaire.

Diverses hypothèses, plus ou moins plausibles, ont été invoquées pour expliquer l'extrême rareté de ces polypes fibreux chez la femme. Aucune ne satisfait l'esprit.
